# C2 : Nouveau mode d'emploi **août 2005**

(C2,5 pour les utilisateurs du CNPSY)

La cotation C2 est définie par l'article 18 des dispositions générales de la NGAP, qui a été modifié par le texte conventionnel (article 1.2.2) qui introduit à la fois des restrictions et des ouvertures par rapport aux modalités antérieures.

**Quelques règles essentielles :**

- le médecin consultant reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant.

Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention, c'est-à-dire que le C2 n'est pas applicable quand le patient est adressé par un autre spécialiste (sauf dans les cas exceptionnels ou ce spécialiste a été choisi comme médecin traitant par le malade).

- Le médecin consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

La cotation C2 ne permet donc pas de revoir le patient en consultation rapprochée prévue (< à 6 mois).

Par contre, le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis ponctuel de consultant, c'est-à-dire qu'il est possible au décours de la consultation de programmer par exemple une épreuve d'effort, une fibroscopie …. Il s'agit là de la traduction dans le texte conventionnel d'une décision de la Cour de Cassation (arrêt du 23 janvier 1997).

- Le médecin correspondant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

Il doit donc y avoir une lettre adressée au médecin traitant.

- Règle des six mois :

  - Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation.
  - Il ne peut pas coter de C2 s'il doit revoir le patient dans les 6 mois suivants.

  Commentaire : cela signifie que si le spécialiste souhaite revoir en consultation le patient de façon rapprochée (exemple : contrôle d'un traitement), le C2 est exclu.

  - Une exception est prévue dans le texte conventionnel pour un deuxième C2 dans le délai de 6 mois, mais le médecin traitant doit en informer au préalable le contrôle médical de la caisse.

- Le C2 est accessible à tous les spécialistes, quelle que soit leur filière de formation (anciens internes de C.H.U. ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées)

- Prise en charge protocolisée et sequence de soins :

Le C2 n'est pas applicable lorsqu'un rythme de Consultations spécialisées est prévu dans le protocole ALD, et si le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole.

De même en cas de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (exemple médecin traitant → Chirurgien → Anesthésiste → cardiologue pour bilan pré opératoire)

**Cumul de cotations C2+ECG C2+Radio Thorax pour les pneumologues**

Le C2 dans sa nouvelle formule se réfère à l'article 18 des dispositions générales de la nomenclature et reste donc régi par la jurisprudence qui en découle, et notamment des 7 arrêts du 14 novembre 1996 de la Cour de Cassation qui précisent « *qu'est conforme aux dispositions de la nomenclature le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme et des honoraires d'une consultation cotée C2 en application de l'article 18 de la première partie de la nomenclature ; »*

Rappelons qu'une circulaire de mars 1997 du contrôle médical de la C.N.A.M. avait confirmé la possibilité de cumul de cotation du C2 et de l'ECG.

L'article III-3-A-3 des dispositions générales de la C.C.A.M. maintient les possibilités de cumul des cotations d'ECG ou de radio thorax (si pneumologue) et de consultation.

**Quelques questions**

<u>Le malade doit-il disposer d'une lettre du médecin traitant ?</u>

Le texte conventionnel notifie que la consultation de consultant doit être faite « à la demande explicite du médecin traitant » mais n'est pas limitatif sur les formulations de cette demande.

En pratique, plusieurs situations sont rencontrées :

- Le malade prend son rendez-vous avec une lettre de demande de consultation de son médecin, ce qui est le plus courant.
- Le médecin traitant téléphone au spécialiste : ce cas de figure est fréquent pour les urgences.
- Le médecin traitant a demandé de façon « explicite » au patient de consulter tel spécialiste, mais il ne fait pas de lettre car il estime que le carnet de santé régulièrement mis à jour est suffisant.

Que peut-il se passer en cas de litige avec le contrôle médical de la caisse ?

S'il y a une lettre du médecin traitant, les choses sont claires, et il vaut mieux la conserver.

S'il n'y a pas de lettre, le spécialiste qui aura coté C2 ne sera pas forcément en tort, mais il aura beaucoup de difficultés à le prouver. En cas de procès, la charge de la preuve incomberait-elle à celui qui accuse, ce qui paraîtrait logique, ou à celui qui se défend ? On ne peut pas actuellement répondre à cette question, et il faut rester prudent dans cette situation.

La formulation du compte-rendu peut avoir une importance en cas d'expertise.

<u>Qu'en est-il si, de façon imprévue, un malade est amené à reconsulter moins de six mois après un C2 ?</u>

Ce C2 ne peut pas être remis en cause de façon rétrospective. C'est tout au moins notre interprétation. En effet, au moment où il cote son C2, le spécialiste n'est pas dans la situation où il « doit » revoir le patient dans les six mois, puisque c'est à l'occasion d'un évènement intercurrent imprévisible qu'il le reverra.

Par contre, cette deuxième consultation ne pourra pas faire l'objet d'un C2. Une exception est quand même prévue, mais le médecin traitant doit en informer au préalable le contrôle médical de la caisse.

<u>Peut-on coter un C2 quand le malade est adressé par le remplaçant du médecin traitant ou son remplaçant ?</u>

C'est possible. En effet, le texte fait référence à la définition conventionnelle ce qui indique que le C2 est applicable quand l'adressage est fait par le remplaçant ou l'associé du médecin traitant quand celui-ci est absent. (cf. article 1.1.3 de la convention).

<u>Pour les patients de moins de 16 ans ?</u>

Le parcours de soins ne concerne pas les patients de moins de 16 ans. Le médecin traitant est dans cette situation celui qui a adressé le patient.

**C2 du Chirurgien**

La convention indique que, « s'agissant des chirurgiens bénéficiant de la cotation C2 définie à l'article 18 de la NGAP, les parties conviennent que leur intervention en troisième recours se cote dans les conditions actuelles, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant. »
Ceci signifie que la cotation C2 peut aussi être utilisée par le Chirurgien, lorsque le patient est adressé non pas directement par le médecin traitant, mais par le spécialiste correspondant de ce médecin traitant.

**C2 des Anesthésistes**

L'Avenant conventionnel N° 6 précise que « dans le cadre du parcours de soins coordonné, la consultation pré anesthésique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur ASA »
Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.
Le dossier d'anesthésie doit comprendre les éléments médicaux, ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient

(Août 2005)

**Texte de la convention**

1.2.2. Valorisation du rôle de médecin correspondant :
Rémunération de l'avis ponctuel de consultant :
Conformément à l'article 18 de la NGAP, le médecin correspondant rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

Outre les médecins bénéficiant d'ores et déjà de la possibilité de coter la C2, et sous réserve :
− d'être conventionné et titulaire d'un certificat d'études spécialisées ;
− et de ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation.
Le médecin correspondant, lorsqu'il rend un avis ponctuel de consultant, est rémunéré dans les conditions définies à l'article 18 de la nomenclature générale des actes professionnels.
Le médecin correspondant ne peut pas coter de C2 s'il doit revoir le patient dans les 6 mois suivants.
La cotation C2 pour avis ponctuel de consultant sera également étendue aux médecins qui obtiendront un diplôme d'études spécialisées de médecine générale à compter du 1er janvier 2007.
Les parties conviennent que l'expression « médecin traitant » citée à l'article 18 de la NGAP est entendue dans le sens du présent texte conventionnel. Dès lors, cette cotation n'est pas applicable en cas d'adressage par un autre praticien que le médecin traitant. Elle ne s'applique pas non plus aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.
Le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis ponctuel de consultant.
…………………………………………………………………………………………………….
Le médecin traitant s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, le médecin traitant en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

**Texte futur de la NGAP**

Article 18. B- Avis ponctuel de consultant

Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant ne peut porter sur les feuilles de maladie les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- ne recevoir le malade que sur demande explicite de son médecin traitant[1]
- ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation
- adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application.
- ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants.

Sauf exceptions prévues à l'article 11 A les honoraires des actes de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués au cours de la même séance.

1) Médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spéciales ou d'un diplôme d'études spéciales et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant[1]:
   - consultation au cabinet du médecin spécialiste :C 2
   - visite au domicile du malade :V 2
   - consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue: C2.5
   - visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou un neurologue :V 2,5

Conformément aux règles définies ci-dessus, ces cotations ne s'appliquent pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

2) Chirurgiens agissant à titre de consultants à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant: C 2

3) Professeurs des universités, en activité dans une UER médicale, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant: C3.

---

[1] On entend par médecin traitant le médecin déclaré comme tel par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie. Pour un patient de moins de 16 ans le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant.